

POLTRANSPLANT

BIULETYN INFORMACYJNY

CENTRUM ORGANIZACYJNO-KOORDYNACYJNE
DO SPRAW TRANSPLANTACJI POLTRANSPLANT
02-005 WARSZAWA, UL. LINDLEYA 4, TEL./FAX (+48 22) 622 58 06
e-mail: transpl@poltransplant.org.pl

NR 3 (6)
GRUDZIEŃ 1998
ISSN 1428-0825



Bilans trzech kwartałów działalności Centrum Koordynacyjnego Poltransplantu w 1998 r. wynosi 209 pobrań narządów do przeszczepienia od osób zmarłych w wyniku których przeszczepiono 389 nerek, 96 serc, 19 wątrób i cztery trzustki (jednocześnie z nerką). Liczby

te odpowiadają zaledwie wynikom uzyskanym w tym samym okresie roku ubiegłego.

Pomimo różnych akcji dotyczących zwiększenia pozyskiwania narządów do przeszczepienia liczba zgłaszanych zmarłych dawców narządów w Polsce jest ciągle bardzo mała. W tym okresie w Polsce odbyło się 6 konferencji szkoleniowych dla anestezjologów, dwa sympozja międzynarodowe, sympozjum Towarzystwa Transplantacyjnego, dwa spotkania Klubu Koordynatorów oraz seminarium dla dziennikarzy o przeszczepianiu narządów. Były one organizowane lub współorganizowane przez Poltransplant. Ponadto Centralna Lista Biorców zorganizowała ogólnopolskie spotkanie przedstawicieli Ośrodków Dializ i przeszczepiających nerki.

Częste spotkania dotyczące przeszczepiania narządów wynikają ze stałej potrzeby wymiany informacji i dyskusji o pobieraniu i przeszczepianiu narządów.

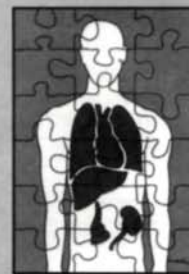
Niekorzystne wahania liczby pozyskiwanych do przeszczepienia narządów wymagają ciągłego monitorowania i przypomnienia społeczności lekarskiej o obowiązku przekazywania do najbliższego Ośrodka Transplantacyjnego lub Centrum Poltransplantu informacji o każdej możliwości pobrania tkanek i narządów do przeszczepienia. Wymaga tego etyka lekarska i szeroko pojęty interes społeczny.

Przywrócenie zdrowia i pełnej możliwości powrotu do społeczeństwa większości osób po przeszczepieniu narządów jest

SPIS TREŚCI

1. Wstęp – J. Wałaszewski	1
2. Jubileuszowe spotkanie w Krakowie – J. Wałaszewski	3
3. Materiały przygotowane przez zespół Kliniki Chirurgii Serca i Naczyń Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego	4
• Dziesięć lat Przeszczepów Serca w Krakowie – A. Działkowiak	4
• Sprawozdanie z I Międzynarodowej Olimpiady Pacjentów po Przeszczepieniu Narządów – M. Garlicki, D. Skirzyńska	7
• EuroPACT – European Psychosocial Aspects of Cardio-Thoracic Transplantation – J. Siwińska	8
• Sytuacja psychologiczna pacjenta po przeszczepieniu serca – J. Siwińska	9
• Refleksje psychologa ze spotkań z pacjentami grupy transplantacyjnej i ich rodzinami – B. Gulla	10
• Rola rodziny w procesie leczenia chorych po transplantacji serca – A. Hojda	12
4. Impresje z Krakowskiego Jubileuszu – D. Rowińska	14
5. Międzynarodowa spartakiada dla osób po przeszczepach narządowych (Węgry 5-15.VIII. 1998 r.) – J. Czerwiński	14
6. Apel Kardiologów z CZD w Międzyzlesiu – B. Maruszewski, M. Fedorowicz	15
7. Dary Firmy Novartis dla Ośrodków Transplantacyjnych	16

Wydawca: Poltransplant
Redakcja: dr D. Rowińska



MADEJ

celem nadrzędnym. Nie bez znaczenia pozostają koszty leczenia chorych przed i po przeszczepieniu narządów.

Najczęściej przeszczepianym narządem są nerki. Koszty przeszczepienia i leczenia w pierwszym roku są w Europie niższe od rocznego leczenia samymi dializami. W kolejnych latach koszt leczenia biorcy nerki z dobrze funkcjonującym przeszczepem wynosi około 30% kosztów leczenia dializami. Dlatego deficyt przeszczepów nerek jest tak dotkliwy nie tylko dla oczekujących chorych ale i dla budżetu ochrony zdrowia.

Nie należy zapominać, że liczba przeszczepów nerek zależy również od dawców rodzinnych spokrewnionych genetycznie lub emocjonalnie. Przeszczepienia nerek od żywych dawców utrzymują się na stałym poziomie 40% wszystkich przeszczepów nerek w Norwegii, na poziomie około 30% w Szwecji i St. Zjednoczonych AR Procent ten szybko wzrasta także w krajach Eurotransplantu (wzrost o 67% w porównaniu z rokiem ubiegłym). W Polsce pomimo wysiłków organizacyjnych przeszczepienie nerek od dawców żywych ma charakter marginalny i trudno przypuszczać, że wynika to wyłącznie z niechęci społeczeństwa do solidarności z bliskimi.

Kluczową rolę w przeszczepianiu nerek od żywych dawców odgrywają lekarze i pielęgniarki stacji dializ, których niekwestionowany autorytet i ciągłe kontakty z dializowanymi i ich rodzinami mają zasadniczy wpływ na dawstwo rodzinne.

Przeszczepienie nerek od żywych dawców nie tylko zmniejsza deficyt przeszczepów lecz zapewnia lepsze rokowanie przeżycia przeszczepu. Z przyczyn niezupełnie jasných, nawet przy gorszym doborze HLA przewidywany czas przeżycia 50% przeszczepów nerek od żywych dawców wynosi obecnie 21 lat w porównaniu z 9-cioma latami przeszczepów pobranych od dawców zmarłych.

Warto o tym pamiętać.

Prof. Janusz Wałaszewski
Dyrektor



Jubileuszowe spotkanie w Krakowie

W dniu 21 października 1998 roku minęła X ta rocznica pierwszego przeszczepienia serca w Klinice Chirurgii Serca i Naczyń Instytutu Kardiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego kierowanej przez prof. dr hab. Antoniego Dziatkowiaka. Roczniczy towarzyszyły liczne spotkania naukowe i towarzyskie.

W dniu 25-ego września odbyło się spotkanie Koordynatorów Poltransplantu, na którym omawiano możliwość powołania Klubu koordynatorów oraz jesienne spotkanie Kierowników Ośrodków Transplantacyjnych w czasie którego omawiano potrzebę powołania koordynatorów regionalnych. W tym dniu Gospodarze obchodów rocznicy zaoferowali uczestnikom zwiedzanie wzgórza Wawelskiego oraz wspaniałą bankiet na Wawelu. Równoległe odbyło się spotkanie grupy psychologicznej EuroPact (European Psychosocial Aspects of Cardio-thoracic Transplantation).

W dniu 26-ego września w godzinach rannych odbyło się 2 Międzynarodowe Symposium o przeszczepianiu serca pod Patronatem JM Rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. dr hab. med. Aleksandra Koją. W symposium brali udział wybitni specjaliści w dziedzinie transplantologii, kardiologii i dziedzin pokrewnych.

W czasie ceremonii otwarcia symposium JM Rektor wręczył medale MEDICINA CRACOVENSIS 2000 za wybitne zasługi w rozwoju Transplantologii Polskiej prof. Antoniemu Dziatkowiakowi i prof. Wojciechowi Rowińskiemu oraz dwóm kardiologom prof. Juan Chachquez (Francja] i prof. Bronislav Radovancevic (Huston USA). W godzinach popołudniowych odbyła się sesja Naukowo-Szkoleniowa na temat przeszczepiania narządów w Polsce.

Poza spotkaniami naukowymi i szkoleniowym od dnia 22 września odbywały się zebrania pacjentów po przeszczepieniu serca i oczekujących na przeszczep serca organizowane przez 2 prężnie działające Stowarzyszenie Transplantacji Serca.

Dużym zainteresowaniem uczestników obchodów rocznicy i zawodników cieszyła się Pierwsza Międzynarodowa Olimpiada Sportowa osób po przeszczepieniu narządów która trwała od 23 września. Olimpiadzie patronowali Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie oraz Polski Komitet Olimpijski. W otwarciu Olimpiady uczestniczyli Arcybiskup Krakowa Jęgo Eminencja Franciszek Macharski, Wojewoda Krakowski, Przewodniczący Komitetu Olimpijskiego, przedstawiciele Wojsk Lotniczych, Policji Państwowej i Poltransplantu. Po prezentacji i defiladzie zawodników Reprezentacyjna Orkiestra Wojsk Lotniczych dała pokaz musztry paradnej przyjętej z entuzjazmem przez uczestników Olimpiady.

Przez dwa dni zawodnicy brali udział w zawodach sportowych w wielu dyscyplinach. Optymizm budziła sprawność fizyczna zawodników i nieklamane ambicje sportowe. Wspaniała impreza!! Zwycięzcy poszczególnych konkurencji otrzymali medale i nagrody. Nie było przegranych.

Igrzyska sportowe zakończył mecz piłki nożnej pomiędzy drużyną złożoną z pilotów biorących udział w Akcji Serce i lekarzy z Ośrodka Przeszczepiania Serca w Krakowie. Wysoki poziom zawodników obu drużyn i indywidualne umiejętności lawirowania w niesprzyjających warunkach pozwoliły na osiągnięcie wyniku remisowego 3: 3. Gratulacje!!

Rozmach celebracji X rocznicy Przeszczepiania Serca w Krakowie zarówno w części naukowej jak i w imprezach towarzyszących rodzą uczucie niecierpliwości.

KIEDY NASTĘPNY JUBILEUSZ????

Janusz Wałaszewski

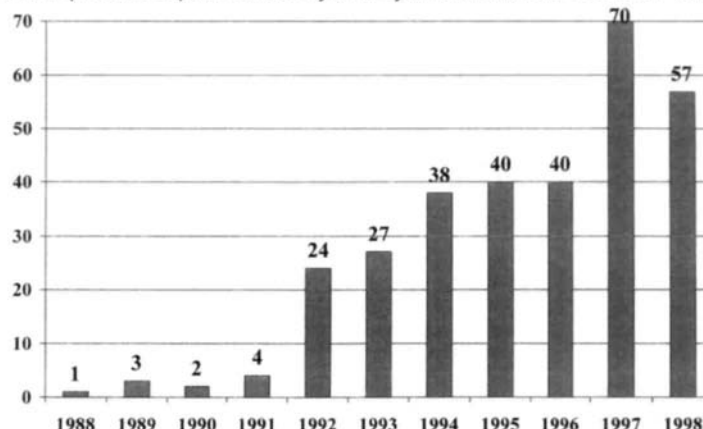
10 LAT PRZESZCZEPÓW SERCA W KRAKOWIE



22 października 1988 roku w Klinice Chirurgii Serca i Naczyń Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego dokonano pierwszego w Krakowie przeszczepu serca. Do października 1998 roku łącznie wykonano 301 ortotopowych przeszczepów serca (ryc. 1). Liczba transplantacji limitowana jest ilością zgłoszeń dawców.

Dawcy, od których pobrano serce byli w wieku 10-64 lat (średnia wieku 32,9 lat). W grupie tej przeważali mężczyźni (75% wszystkich pobrań). Przy doborze dawcy spośród kryteriów immunologicznych stosowano jedynie kryterium zgodności w zakresie głównych grup krwi układu ABO. Najwięcej dawców miało grupę krwi A (również największa liczba chorych oczekujących na przeszczep serca to chorzy z grupą A), najmniej grupę AB.

Ryc. 1. Liczba przeszczepów serca wykonanych w Krakowie w latach 1988-1998



Przyczyną śmierci pnia mózgu był najczęściej uraz czaszkowo-mózgowy, w większości przypadków na skutek wypadku komunikacyjnego. Pobrania serca dokonano od około połowy wszystkich potencjalnych dawców. Najczęstszą przyczyną rezygnacji z pobrania była dyskwalifikacja dawcy, mimo stosowania kryteriów poszerzonych w stosunku do kryteriów EUROTRANSPLANTU (tab. 1).

Tabela 1: Kryteria doboru dawcy serca

Kryteria doboru dawcy	POLTRANSPLANT-Kraków	EUROTRANSPLANT
wiek: mężczyźni < 40 r.ż. kobiety < 45 r.ż.	+	-
czynniki ryzyka choroby wieńcowej	+	-
dawka dopaminy < 10 µg/kg/min.	+	-
całkowity czas niedokrwienia < 4-5 godz.	+	-
różnica BSA między dawcą i biorcą ± 15%	+	+

Tabela 2: Transport w latach 1996-1998

rok	wojska lotnicze	lotniczy transport sanitarny	karetka POLTRANSPLANTU
1996	24	8	6
1997	24	25	14
1998	13	16	12

Dawcy, u których dokonano pobrania narządów byli klasyfikowani według trzech grup:

A — dawca stabilny hemodynamicznie, diuretyczna dawka amin presyjnych

B — dawka amin presyjnych przekraczająca dawkę diuretyczną

C — dawca po zatrzymaniu krążenia.

W 16 przypadkach biorców zakwalifikowanych do pilnego przeszczepu serca zaakceptowano dawców po zatrzymaniu krążenia.

W ciągu 10 lat serce pobierano w 54 miejscowościach w całej Polsce. Ponad 50% wszystkich dawców pochodziło z 7 województw: szczecińskiego, krakowskiego, wrocławskiego, warszawskiego, gdańskiego, poznańskiego i łódzkiego.

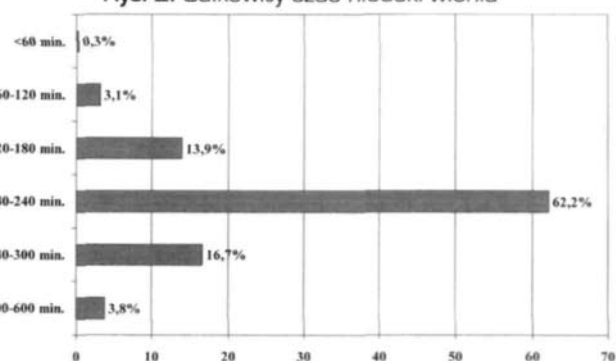
Pobrania serca w ośrodkach znacznie oddalonych od Krakowa możliwe były dzięki pomocy Wojsk Lotniczych. Jedynie w przypadku odległości mniejszej niż 150 km wykorzystywaliśmy karetkę POLTRANSPLANTU. Obecnie najczęściej korzystamy z transportu sanitarnego lub łączonego.

W większości wykonanych transplantacji (ok. 60%) całkowity czas niedokrwienia wynosił 3-4 godzin, tylko w 11 przypadkach przekroczył 5 godzin (ryc. 2). Stwierdzono statystycznie istotną ($p < 0,05$) zależność między całkowitym czasem niedokrwienia i czasem reperfuzji, co nie miało jednak wpływu na wczesną śmiertelność okołooperacyjną.

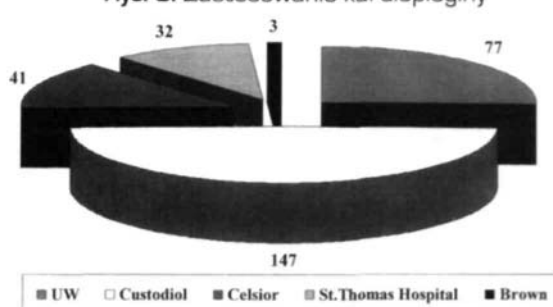
Do protekcji mięśnia sercowego wykorzystywano kilka rodzajów kardioplegii (ryc. 3). Początkowo stosowano kardioplegineę wg St. Thomas Hospital lub dwa rodzaje kardioplegii. Najniższą wczesną śmiertelność stwierdzono przy zastosowaniu kardioplegii CELSIOR [0,0]. Śmiertelność przy użyciu kardioplegii HTK i UW wynosiła odpowiednio 0,056 i 0,125.

Wśród pacjentów operowanych w Krakowie przeważali mężczyźni (82% całej grupy). Wiek chorych poddanych transplantacji wahał się od 9 do 69 lat (średnia wieku $47 \pm 11,9$ lat). Najczęstszym wskazaniem do przeszczepu serca były rozległe zmiany niedokrwienne oraz kardiomiopatie (w sumie — 98% wskazań) (ryc. 4).

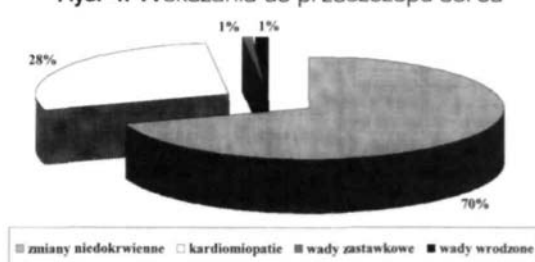
Ryc. 2. Całkowity czas niedokrwienia



Ryc. 3. Zastosowanie kardioplegii



Ryc. 4. Wskazania do przeszczepu serca

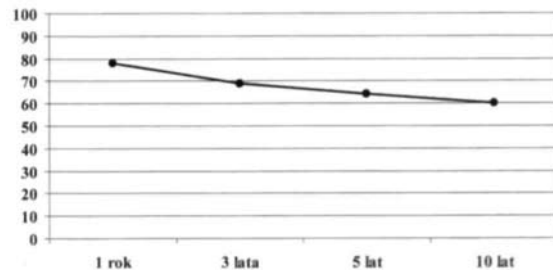


W ciągu 10 lat 7-krotnie wykonano przeszczep serca u dzieci [w wieku od 9 do 17 lat], z powodu kardiomiopatii pozapalnej lub wad wrodzonych. U dwojga dzieci przeszczep serca wykonano po wcześniejszej korekcji metodą Fontany.

Chorzy operowani w Krakowie pochodzą z całej Polski. Nasi pacjenci mieszkają w 35 województwach, najwięcej w Krakowie, Tarnowie i Nowym Sączu.

W okresie od 1988 do 1998 roku spośród 301 operowanych chorych zmarło 118 osób (ryc. 5). Zgony wczesne stanowiły około 26%, zaś zgony odległe (w okresie od 2 do 97 miesięcy po transplantacji) 14%. Wyższą śmiertelność stwierdzono w grupie pacjentów po 50 roku życia (43% w porównaniu z 37% w grupie młodszej).

Ryc. 5. Przeżycie chorych po



Do najczęstszych powikłań w bezpośrednim przebiegu pooperacyjnym należały: krwawienia pooperacyjne (wynikające między innymi z zażywania przez biorców leków obniżających krzepliwość krwi czy uszkodzenia wątroby), zaburzenia hemodynamiczne, ostra reakcja odrzucania przeszczepionego serca oraz infekcje. Najczęstszymi przyczynami zgonu były: we wczesnym okresie po zabiegu — niewydolność wielonarządową i niewydolność przeszczepionego serca, natomiast w okresie obserwacji odległej — reakcja odrzucania, infekcje i choroba nowotworowa (u dwóch chorych stwierdzono raka nerki, a u pozostałych: guza trzustki, gruczolakoraka śródpiersia, raka oskrzela, chłoniaka, mięsaka i raka krtani).

Pacjenci po przeszczepie serca są prowadzeni według trój- lub czterolekowego modelu immunosupresji, w zależności od ryzyka wystąpienia reakcji odrzucania (Cyklosporyna, Azathiopryna, Encorton lub Cyklosporyna, Mykofenolat Mofetil, Encorton). U 5 pacjentów ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia wczesnej reakcji ostrego odrzucania zastosowano Dacalizumab — przeciwciała przeciwko interleukinie II.



Do najczęściej występujących powikłań należy zaliczyć nadciśnienie tętnicze (57% wszystkich chorych po przeszczepie serca) oraz infekcje: bakteryjne, wirusowe i grzybicze.

Po ok. 2-3 tygodniowym pobycie na oddziale pooperacyjnym dalsza rehabilitacja pacjentów odbywa się w Szpitalu Uzdrowskim w Nałęczowie pod kierunkiem pani dr Barbary Olszewskiej, gdzie przeprowadzana jest rehabilitacja ruchowa, muzykoterapia, leczenie dietetyczne i ewentualna korekcja leczenia farmakologicznego.

Chorzy po przeszczepie serca są konsultowani w Poradni Transplantologicznej w Krakowie, z częstotliwością zależną od czasu jaki upłynął od zabiegu. W miejscu zamieszkania pacjenci pozostają pod opieką lekarzy współpracujących z Kliniką Chirurgii Serca i Naczyń.

Śpośród chorych, u których wykonano przeszczep serca w Krakowie ok. 30% pracuje zawodowo.

Antoni Dziatkowiak

Sprawozdanie z 1 Międzynarodowej Olimpiady Pacjentów Po Przeszczepach Narządów

Kraków 23-24.09.1998

Pierwsza Międzynarodowa Olimpiada Pacjentów Po Przeszczepach Narządów pod patronatem Prezesa Polskiego Komitetu Olimpijskiego i Rektora Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie oraz Dowództwa Wojsk Lotniczych odbyła się w dniach 23-24 września 1998 roku i była częścią obchodów Jubileuszu 10-lecia Pierwszego Przeszczepu Serca w Krakowie.

W Olimpiadzie wzięło udział ponad 100 zawodników po przeszczepach serca, nerek i szpiku, z 7 krajów: Polski (pacjenci po przeszczepach serca i nerek) Austrii, Norwegii, Rumunii, Słowacji, Szwajcarii i Węgier. Zdecydowanie najliczniejszą grupę stanowili Polacy, ale bardzo silna była również ekipa pacjentów węgierskich po przeszczepach nerek i serca. Prawie w komplecie stawiała się 14-osobowa drużyna zawodników z Krakowa, którzy w lipcu tego roku z powodzeniem startowali w 7. Europejskiej Olimpiadzie Pacjentów Po Przeszczepach Serca i Płuc w Bad Oeynhausen w Niemczech, zdobywając 52 medale.

Najmłodszym uczestnikiem zawodów sportowych była 10-letnia dziewczynka, najstarszym 65-letni pacjent, oboje po przeszczepie serca wykonanym w Krakowie. W Olimpiadzie wzięło również udział „Jubilat” — Zygmunt Chwirot, któremu 10 lat temu przeszczepił serce profesor Antoni Działkowiak.

Uroczystość otwarcia odbyła się 23 września 1998 roku w hali sportowej Akademii Wychowania Fizycznego. Gospodarzem uroczystości był kierownik Kliniki Chirurgii Serca i Naczyń Uniwersytetu Jagiellońskiego, profesor Antoni Działkowiak. Wśród zaproszonych gości honorowych znajdowali się między innymi Metropolita Krakowski X Franciszek Kardynał Macharski, dyrektor POLTRANSPLANTU profesor Janusz Wałaszewski, generał dywizji Zenon Bryk, dowódca 3 Pułku Lotnictwa Transportowego ppułk. dypl. pil Józef Kurczap, pułk. dypl. pil. Zbigniew Herc. Uroczystego otwarcia Olimpiady dokonał JM Rektor Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie profesor Janusz Zdebski. Doskonałą oprawę artystyczną stanowiła musztra paradna oraz koncert w wykonaniu Orkiestry Reprezentacyjnej Wojsk Lotniczych z Poznania.

Wszystkie zawody sportowe rozgrywały się na terenie Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie. Zawodnicy startowali w 13 konkurencjach. Pierwszego dnia Olimpiady odbyły się zawody lekkoatletyczne: bieg na 100 m, bieg na przełaj na 2000 m, skok wzwyż skok w dal i pchnięcie kulą oraz tenis stołowy. Drugiego dnia widzowie obserwowali zmagania pływaków (na dystansach: 100 m i 50 m stylem klasycznym), a ukoronowaniem zawodów olimpijskich był turniej siatkówki. Zawodników podzielono na dwie grupy wiekowe.

Zdecydowanie największym powodzeniem wśród startujących cieszyły się tenis stołowy i pchnięcie kulą. Wielu chętnych zgłosiło się również na linii startu biegu na przełaj na 2000 m. W tenisie stołowym niepokonany okazał się reprezentant Słowacji. W konkurencjach lekkoatletycznych wyrównaną walkę stoczyli sportowcy węgierscy i polscy. Na basenie pływackim górą byli Węgrzy.

Największe emocje, zarówno wśród zawodników jak i kibiców budziły zmagania drużyn siatkarskich. Reprezentacja Polski wystawiła dwa składy: pierwszy — „olimpijski” z Bad Oeynhausen (zdobywców srebrnego medalu na 7. Europejskich Igrzyskach Olimpijskich i Pucharu Europejskiej Federacji Transplantacji Serca i Płuc) oraz drugi — drużynę oldboy’ów. Udało się także skompletować drużynę międzynarodową — „Dream Team”. W jej skład weszli pacjenci z Warszawy, Zabrza, Krakowa, Szwajcarii, Słowacji, Norwegii i Austrii. Ostatecznie te trzy ekipy liczyły się w walce o medale. Po serii pasjonujących pojedynków zwyciężyła drużyna międzynarodowa, przed pierwszą reprezentacją Polski (złożoną w całości z pacjentów po przeszczepach serca w Krakowie). Medale brązowe otrzymali zawodnicy drugiej reprezentacji Polski.

Bezpośrednio po zawodach siatkarskich odbyła się uroczystość zamknięcia Olimpiady. Wręczono medale z logo krakowskiego oddziału POLTRANSPLANTU i Kliniki Chirurgii Serca

i Naczyń w Krakowie, puchary i nagrody dodatkowe. Największą liczbę medali zdobyły: reprezentacja pacjentów po przeszczepach serca z Krakowa i drużyna z Węgier.

Dzięki życzliwości Prezesa PKOL Stanisława Stefana Paszczyka Olimpiada została objęta honorowym patronatem Polskiego Komitetu Olimpijskiego. W uroczystości zamknięcia Olimpiady wziął udział v-ce prezes PKOL — profesor Aleksander Ronikien który dokonał wręczenia trzech pucharów Prezesa Polskiego Komitetu Olimpijskiego — dla zagranicznej drużyny, która zdobyła największą liczbę medali (puchar ten zdobyła drużyna węgierska), dla najwszechstronniejszego zawodnika 1 Międzynarodowej Olimpiady Pacjentów Po Przeszczepach Narządów (zdobywcą tego wyróżnienia okazał się 22-letni Przemysław Wagner — rok po przeszczepieniu serca w Krakowie] oraz dla zawodnika Olimpiady z najstarszym przeszczepionym sercem (bezkonkurencyjny pozostał „najstarszy” krakowski biorca serca, Zygmunt Chwirot z Poznania).

Specjalne nagrody ufundowano dla najmłodszych startujących — 10-letniej Agatki Minkiewicz z Gdańska, 14-letniej Magdy Kuźmińskiej z Sosnowca i 16-letniego Darka Reglińskiego z Borzestowa. Po dekoracjach formułą: „Pierwszą Międzynarodową Olimpiadę Pacjentów Po Przeszczepach Narządów w Krakowie uważam za zamkniętą” profesor Antoni Działkowiak zakończył trwające dwa dni zmagania sportowców. W dół ściągnięta została flaga olimpijska. Dotychczasowi zawodnicy oraz zaproszeni Goście udali się do Teatru Starego na koncert „Serce za serce”, przygotowany specjalnie dla nich przez artystów scen krakowskich pod patronatem Jerzego Bińczyckiego i Krzysztofa Jasińskiego.

Rozpoczęta inicjatywa promocji sportu wśród pacjentów po przeszczepach narządów z pewnością doczeka się kontynuacji. W Krakowie wkrótce ma powstać klub sportowy pacjentów po przeszczepach narządów w Polsce. Wiele osób startujących w tegorocznej Olimpiadzie już wyraziło zainteresowanie tym pomysłem. Dla wszystkich, zarówno młodych, jak i nieco starszych, zdobywających medale jak i dobiegających na końcu była to przede wszystkim dobra zabawa i niekwestionowany dowód zwycięstwa nad chorobą. Okazja do spotkania się w dużym, przyjaznym gronie, sprawdzenia i potwierdzenia własnych możliwości. Bo tak naprawdę liczą się nie osiągnięte wyniki ale samo uczestnictwo.

Mirosław Garlicki, Dorota Skirzyńska

EuroPACT - European Psychosocial Aspects of Cardio - Thoracic Transplantation

EuroPACT — to wspólne przedsięwzięcie badawcze grupy psychologów pracujących w 8 europejskich ośrodkach transplantacyjnych (Berlin, Brno, Heidelberg, Hanower, Kilonia, Kraków, Paryż Wiedeń).

I-sze spotkanie odbyło się w Mainz we wrześniu 1995 roku. Efektem rocznej pracy było zgłoszenie projektu badawczego, skonstruowanego na podstawie doświadczeń klinicznych, do Komisji Europejskiej w Brukseli w ramach programu BIOMED.

Projekt nie został przyjęty, jednak mimo to grupa postanowiła kontynuować pracę i badania. Spotkania grupy odbywają się dwa razy do roku w kolejnych ośrodkach. Poświęcone są omawianiu postępów w badaniach, korekcy stosowanych metod oraz doskonaleniu oceny wywiadu z pacjentami poprzez prezentacje video. W Klinice Chirurgii Serca i Naczyń CM UJ w Krakowie odbyły się dwa spotkania — w październiku 1996 i we wrześniu 1998 roku.

Celem pracy jest psychospołeczna charakterystyka pacjentów poddanych operacji przeszczepienia serca, przy pomocy psychologicznych metod testowych i wywiadu klinicznego, w okresie przed i po operacyjnym.

Następne spotkanie zaplanowano na kwiecień 1999 roku w Wiedniu.

J. Siwińska

Sytuacja psychologiczna pacjenta po przeszczepieniu serca

Pacjent poddany operacji przeszczepienia serca przechodzi przez kilka faz przystosowania do nowej sytuacji życiowej.

I faza — operacja i pobyt w szpitalu

Pierwsze tygodnie po operacji to, z jednej strony okres radości, wynikającej z obniżenia się poziomu napięcia i lęku wynikającego z oczekiwania na operację, z drugiej strony okres trudny, obfitujący w chwile niepewności i rezygnacji. Pobyt w Oddziale Intensywnej Terapii, później w Oddziale Pooperacyjnym związany jest z koniecznością poddania się różnym oddziaływaniom medycznym i rehabilitacyjnym. Niezbędne jest podawanie dużej ilości leków i monitorowanie pracy organizmu. Pacjent odczuwa ból, często jest zniecierpliwiony, trudno jest mu zmobilizować się do rehabilitacji, brakuje mu kontaktu z rodziną. Podawane leki mogą nasilić objawy rozdrażnienia lub nawet wywołać objawy zaburzeń psychicznych.

Ważnym czynnikiem wpływającym na adaptację do pobytu w szpitalu jest wytworzenie sobie przez pacjenta realnego obrazu tej sytuacji. Pacjent w trakcie wizyty w Poradni Transplantacyjnej, rozmawiając z lekarzem i psychologiem powinien uzyskać informacje konieczne do rozwiania wszelkich obaw i wątpliwości wynikających ze specyfiki proponowanej metody leczenia. Upewnienie się co do słuszności podjętej decyzji o operacji powoduje, że później pacjent z pełnym zaufaniem poddaje się leczeniu i jest gotowy do efektywnej współpracy z personelem medycznym

II faza — pobyt w sanatorium

Wyjazd do sanatorium to pierwszy krok w stronę samodzielnego życia. Okres radości, ale i porażek. Pacjent poznaje nowe możliwości swojego organizmu, uczy się sam zażywać leki i prowadzić zeszyt. Rehabilitacja sprawia, że samopoczucie dość szybko się poprawia. Może w tym okresie przeżywać różne stany emocjonalne. Są dni dobre, wesołe, ale i dni smutne, pełne zadumy i refleksji. W sanatorium spotyka się z innymi pacjentami, wymieniają wspólnie doświadczenia, często pomagają sobie w przetrwaniu trudniejszych chwil. Ciągła obecność personelu medycznego daje choremu poczucie bezpieczeństwa, obniżając lęk o stan zdrowia.

III faza — powrót do domu

Często po wielu miesiącach nieobecności pacjent wraca do domu. Witany przez rodzinę i przyjaciół może spotkać się z oznakami nadmiernego zainteresowania jako osoba z przeszczepionym sercem. Rodzina nierzadko przyjmuje niekorzystną, nadmiernie ochraniającą postawę, hamując rozwój naturalnie pojawiających się możliwości bliskiego i włączania się go w normalne funkcjonowanie rodzinne i społeczne. Pacjent może doświadczać objawów wzmożonego lęku przed samodzielnością i życiem bez stałej, zapewniającej poczucie bezpieczeństwa obecności zespołu leczącego.

Jest to okres bardzo ważny dla ukształtowania późniejszej postawy życiowej, która wpływa na poczucie zadowolenia i satysfakcji z decyzji o poddaniu się operacji. Istotne jest dokonanie podsumowania plusów i minusów sytuacji. Z jednej strony niezbędne jest całkowite zaakceptowanie faktu zależności od leków, które muszą być stale zażywane, konieczności wykonywania badań kontrolnych i okresowych pobytów w szpitalu. Z drugiej strony trzeba zrozumieć, że te ograniczenia nie przeszkadzają w podjęciu pracy lub innego rodzaju aktywności, która dla pacjenta jest poczuciem, że jest wartościowym członkiem rodziny i grupy społecznej.

Wizyty kontrolne w Poradni Transplantacyjnej, częste w pierwszym roku po operacji, dają możliwość spotkania z psychologiem i omówienia z nim najbardziej dręczących problemów, których rozwikłanie może pomóc w przyjęciu najkorzystniejszej postawy w dalszym życiu.

Pierwszy rok po operacji powinien zakończyć się ustabilizowaniem stanu psychofizycznego i uzyskaniem samodzielności w codziennym życiu.

IV faza — codzienne życie

Następne lata po operacji, to lata w których pacjent powinien żyć normalnym trybem życia, każdego przeciętnego człowieka. Dom, rodzina, wychowywanie dzieci, wnuków, praca urozmaicone są kontrolnymi badaniami i wizytami w Poradni. Mogą zdarzać się okresy gorszego samopoczucia, które zawsze nasilają lęk o dalsze losy. Należy jednak uświadomić pacjentowi, że każdy człowiek choruje, im jest starszy tym częściej pojawiają się różne schorzenia, a przeszczepienie serca nie jest lekiem na wszystkie choroby, mimo, że poprawia funkcjonowanie całego organizmu. Zdyscyplinowanie, przestrzeganie zaleceń lekarskich, umiejętność odróżniania poważnych objawów od nieistotnych, szybka konsultacja z lekarzem, znacznie zmniejszają ryzyko pojawienia się groźnych powikłań. W przypadku powrotu do nałogów — palenia tytoniu, picia alkoholu, konieczna jest pilna wizyta u lekarza specjalisty, który pomoże w opanowaniu sytuacji i dzięki temu pozwoli uniknąć poważnych problemów zdrowotnych.

Jednym z ważnych elementów życia po przeszczepieniu serca są spotkania z innymi pacjentami. Mogą one dawać spokój, wspólną radość z poprawy stanu zdrowia, ale mogą być także źródłem wzmożonego niepokoju, nasilenia lęku, kiedy dostarczą złych wiadomości. Jednak utrzymywanie kontaktów innymi z pacjentami daje możliwość wymiany doświadczeń, dawania sobie wzajemnego wsparcia, zwyczajnej międzyludzkiej pomocy.

Psychologiczna sytuacja pacjenta po przeszczepieniu serca jest sytuacją złożoną, w której mogą się pojawiać różne problemy. Ważne jest by pacjent miał świadomość, że może zawsze skorzystać z pomocy zespołu leczącego, który poprzez swoją postawę i stosunek do chorego powinien dawać mu poczucie bezpieczeństwa i wzbudzać jego zaufanie.

Jolanta Siwińska

Refleksje psychologa ze spotkań z pacjentami grupy transplantacyjnej i ich rodzinami

W okresie od 22- 26 września 1998r. w ramach obchodów X lat Transplantacji Serca w Krakowie odbyło się szereg spotkań z pacjentami z grupy transplantacyjnej i ich rodzinami. Spotkania te miały charakter zarówno edukacyjny, jak również sprzyjały ujawnieniu i omówieniu problemów psychologicznych oraz integracji grupy. Prowadzili je wspólnie lekarze i psychologowie Kliniki Chirurgii Serca i Naczyń w Krakowie z udziałem zaproszonych gości. Odbyły się trzy spotkania — dla osób z przeszczepionym sercem, dla osób oczekujących na przeszczepienie serca i ich rodzin oraz dla rodzin osób po transplantacji serca.

Okazało się, że istnieje duże zapotrzebowanie na wymianę doświadczeń w szerokim gronie. Pojawiło się wiele pytań, zarówno bardzo szczegółowych, jak i refleksji natury ogólnej ze strony pacjentów i ich rodzin. Widać było wyraźne zapotrzebowanie na bardzo konkretne

poinstruowanie ze strony personelu medycznego odnośnie trybu życia, diety, leków, szczepień, ochrony przed zakażeniami, możliwości podejmowania wysiłku fizycznego i innych. Pomimo, że sprawy te są wyjaśniane na bieżąco w trakcie leczenia, było potrzebne zebranie tych informacji i autorytatywne ich potwierdzenie w obecności pacjentów i ich rodzin.

Niezwykle istotna jest forma, w jakiej wiadomości te są przekazywane pacjentom. Wystąpienia krótkie, proste, często dowcipne, ilustrowane zabawnymi przeżroczami, otrzymały cieplejsze przyjęcie i na pewno dłużej pozostaną w pamięci. Okazało się, że nawet o problemie immunosupresji można mówić zrozumiale i optymistycznie (pani dr Ewa Kucharczyk — firma Roche, Warszawa), a problem zakażeń szpitalnych przekazać w formie prostej, zachęcającej do elementarnych działań higienicznych i nie nasilającej niepokoju pacjentów (pani dr Małgorzata Bulanda- Instytut Mikrobiologii w Krakowie). Przygotowujemy broszurkę dla osób z przeszczepionym sercem, zawierającą przydatne dla nich informacje medyczne, psychologiczne i socjalno-prawne, będące streszczeniami wypowiedzi z omawianych spotkań.

Pacjenci oczekujący na przeszczepienie serca są bardzo zainteresowani spotkaniami z osobami po transplantacjach. Przykład takiej osoby działa lepiej niż najdokładniejsze wyjaśnienia medyczne, zachęca i mobilizuje. Na zorganizowanym przez nas spotkaniu była okazja do wymiany doświadczeń. Potrzebne okazały się również krótkie wystąpienia ze strony osób opiekujących się w Klinice pacjentami oczekującymi na transplantację. Dotyczyły one m.in. organizacji opieki w ramach Poltransplantu. Omówienie przydatności alternatywnych metod leczenia rozwiało wątpliwości pacjentów i ich rodzin. O skutecznych sposobach radzenia sobie w sytuacji przewlekłego stresu, jakim jest okres oczekiwania na transplantację, mówił psycholog, starając się rozszerzyć wachlarz dostępnych strategii postępowania.

Spotkanie z rodzinami pacjentów z przeszczepionym sercem przerodziło się w rodzaj grupy wsparcia. Były to w większości żony, dzielące się trudnościami, jakie sprawia w rodzinie osoba z przeszczepionym sercem i swoimi sposobami zaradczymi. Wzajemne wspieranie się jest tym rodzinom niezwykle potrzebne, gdyż często czują się zmęczone i przeciążone sprawowaniem opieki. Znajdują się niekiedy w sytuacji konfliktu lojalności wobec osoby bliskiej i personelu leczącego. Powrót do nałogów to częsty problem tych rodzin. Osoby z przeszczepionym sercem często domagają się koncentracji uwagi całej rodziny, co na dłuższą metę męczy i usuwa w cień potrzeby innych członków rodziny. Chorzy żyją w napięciu, a formy jego odreagowania często są sprzeczne z zaleceniami zdrowotnymi. Występują wahania nastroju, niekiedy związane również z działaniem zażywanych leków. Lepsze zrozumienie w rodzinie sytuacji psychologicznej osoby z przeszczepionym sercem może znacznie poprawić relacje jej członków i zapobiec narastaniu konfliktów.

Rodziny miewają trudności we wzajemnym przejmowaniu ról i obowiązków domowych. Podział obowiązków musi być inny przed transplantacją, a inny, gdy osoba z przeszczepionym sercem czuje się już dobrze i może włączyć się stopniowo w sprawy domu.

Dla prawidłowego funkcjonowania rodziny szczególnie istotne wydaje się jasne wzajemne komunikowanie swoich potrzeb i oczekiwań, otwarcie rodziny na szersze relacje społeczne oraz obecność w rodzinie prozdrowotnego stylu życia i wypoczynku.

Dla wsparcia emocjonalnego partnerów osób z przeszczepionym sercem cenna okazała się możliwość ujawnienia swojego zmęczenia i przeciążenia psychicznego i podzielenia się swoimi troskami z innymi w podobnej sytuacji.

Okresowe spotkania grupowe z pacjentami i ich rodzinami pełnią ważną rolę terapeutyczną i mają duże znaczenie edukacyjne. Stanowią istotne uzupełnienie indywidualnych kontaktów z chorymi.

Bożena Gulla

Rola rodziny w procesie leczenia osób po transplantacji serca

Długotrwała choroba jest problemem, który dotyczy nie tylko osoby pacjenta, lecz obejmuje również całą jego rodzinę. Fakt, że ktoś w rodzinie choruje i wymaga pomocy, mobilizuje jej członków do podjęcia trudu towarzyszenia bliskiej osobie w całym procesie leczenia.

Przewlekła choroba powoduje zmiany w funkcjonowaniu całej rodziny. Pierwszą reakcją na jej wystąpienie jest nadmierna koncentracja wszystkich członków rodziny wokół spraw dotyczących chorego. W rezultacie dochodzi do zmian w strukturze rodziny i potrzebom osoby chorej zostają podporządkowane potrzeby pozostałych członków rodziny.

Najkorzystniejszym działaniem w tej sytuacji jest **porozumienie się** w kluczowej dla rodziny sprawie choroby. Ważne jest jednak aby stopień otwartości komunikacji odpowiadał wszystkim członkom rodziny. Oznacza to, że bliscy sobie ludzie wzajemnie szanują swoje uczucia i potrzeby w odniesieniu do spraw emocjonalnie ich angażujących. Postawa otwartego dzielenia się informacjami i doświadczeniami na temat codziennego życia z przeszczepionym sercem, wydaje się być najistotniejsza w dążeniu do osiągnięcia pełnej życiowej satysfakcji. Wskazane jest aby chorey mówił o swoich przeżyciach i potrzebach swojej rodzinie a rodzina choremu.

Na wszystkich etapach zmagania się z chorobą pośród zmieniających się leków, lekarzy i rókowań, rodzina jest dla chorego jedynym stałym punktem odniesienia — **udziela wsparcia i podtrzymuje nadzieję**. To przecież tu pacjent „choruje na co dzień”. Dlatego w opiece nad pacjentami z przeszczepionym sercem tak wielkie znaczenie przypisujemy kontaktom z ich rodzinami.

Już pierwsze spotkanie z pacjentem oczekującym na przeszczep jest równocześnie **zaproszeniem jego rodziny do współpracy** z całym zespołem leczącym. Traktujemy rodzinę jako eksperta w wielu sprawach istotnych dla chorego. Zdanie poszczególnych członków rodziny na temat choroby bliskiej osoby, pozwala nam przybliżyć się do jej problemu, lepiej zrozumieć, by skuteczniej zadziałać. W tej sytuacji, gdy razem rozmawiamy o chorobie, podjęta przez pacjenta decyzja o poddaniu się przeszczepowi serca staje się udziałem całej rodziny. Jest to sygnał dla wszystkich osób biorących udział w leczeniu, że mogą liczyć na zaangażowanie i lojalność rodziny w całym procesie leczenia.

Obecność i troskliwość bliskich jest ważnym elementem, na którym opiera się leczenie. Dlatego istotną sprawą jest by w czasie każdego spotkania kontrolnego pacjentowi towarzyszyła bliska osoba.

Okres oczekiwania na dawcę stanowi czas intensyfikacji działań rodzinnych, których celem jest udzielenie wsparcia. Często wtedy członkowie rodziny rezygnują z realizacji własnych potrzeb na rzecz chorego. **Wsparcie wszelkiego rodzaju** — czy to materialne czy emocjonalne — okazywane przez bliskich jest nieocenionym źródłem sił do walki z chorobą.

Badania rodzin osób oczekujących na przeszczepienie serca przeprowadzone w Klinice Chirurgii Serca i Naczyń w Krakowie, jednoznacznie wykazały znaczącą rolę wsparcia rodzinnego dla przeżywania sytuacji choroby somatycznej. Wynika z nich, że jednostka skuteczniej adoptuje się do trudnej sytuacji oczekiwania na transplantację, gdy otrzymuje wsparcie ze strony członków rodziny. Szczególnie istotne w tym aspekcie są emocjonalne związki z najbliższymi osobami.

Moment przeszczepu serca i specyfika postępowania wobec pacjentów po transplantacji, powinny mobilizować rodzinę do jeszcze troskliwszej opieki. Chociaż to lekarze są teraz najbliższymi chorego, choć to na nich spoczywa bezpośrednia odpowiedzialność za postępy w leczeniu, to jednak aby wrócić do zdrowia pacjent potrzebuje zainteresowania, współczucia i życzliwości swojej rodziny. Odwiedziny najbliższych mają ważne znaczenie w mobilizacji chorego do ćwiczeń rehabilitacyjnych, do regularnego i konsekwentnego zażywania leków.

Powrót do domu powinien być dla chorego równocześnie wejściem w życzliwą, przyjazną atmosferę, gdzie wszelkie jego obecne potrzeby fizyczne i psychiczne będą miały szansę na realizację. Oznacza to, że oprócz pielęgnacji i niezbędnej pomocy w przestrzeganiu zaleceń

terapeutycznych, pacjent otrzyma także wsparcie emocjonalne od swoich bliskich. Trzeba otwarcie rozmawiać w gronie rodzinnym o samopoczuciu chorego, o zażywanych lekach, o planowanych wizytach kontrolnych. Klimat otwartości i wzajemnego zaufania, sprawia, że chory czuje się rozumiany i akceptowany, może więc w poczuciu bezpieczeństwa przystosować się do swojej nowej sytuacji życiowej.

Na tym etapie zadanie rodziny polega na **aktywnym włączeniu się w świat** istniejący dokoła pacjenta. Zwalczanie wynikającej z choroby izolacji rodziny, powinno odbywać się przez podjęcie aktywności towarzyskiej. Specyficzną i godną polecenia jej formą jest na pewno udział w spotkaniach pacjentów z przeszczepionym sercem w ramach Stowarzyszenia Transplantacji Serca. W takim gronie można poruszyć wiele wspólnych spraw, podzielić się problemami codziennego życia i skorzystać z doświadczenia innych, którzy mają dłuższy staż „nowego życia z nowym sercem”. Wzajemne udzielanie sobie wsparcia przez osoby znajdujące się w podobnej sytuacji ma walor terapeutyczny i jest ważnym czynnikiem pozwalającym zachować dobrą kondycję całej rodzinie.

Inną funkcją rodziny jest **określenie wspólnych i adekwatnych planów na przyszłość**. Stawianie sobie realistycznych, możliwych do osiągnięcia celów w różnych wymiarach funkcjonowania, jest gwarantem poczucia zadowolenia z życia z przeszczepionym sercem. Czasami trzeba zmodyfikować dotychczasowe warianty spędzania wolnego czasu — wyczerpujące wędrówki zastąpić solidnymi spacerami.

Ważnym zadaniem rodziny w tym aspekcie jest także konfrontacja z problemem organizacji czasu i nowego podziału obowiązków. Niemożność kontynuacji pracy zawodowej przez osoby z przeszczepionym sercem, powoduje, że konieczne jest ustalenie zakresu domowych obowiązków dzielonych przez współmałżonków na nowych zasadach. Czasem jest to źródłem niepokoju związanego z poczuciem niższej wartościowości u osoby, która do tej pory utrzymywała rodzinę. Wszelkie zmiany powinny być akceptowane przez wszystkich, nikt nie powinien czuć się winny, dlatego, że jego możliwości wkładu w życie rodziny mają teraz inny charakter.

Trzeba pamiętać, że „nowa” organizacja życia rodzinnego jest możliwa tylko wtedy, gdy zostaną wyrażone (zakomunikowane) i uwzględnione potrzeby wszystkich członków rodziny.

Rodziny osób po transplantacji serca powinny **promować zasady zdrowia**. Wiadomo, że duży wpływ na zachowania zdrowotne bądź antyzdrowotne mają czynniki rodzinne. Uważa się, że zapobieganie chorobom jest skuteczniejsze przez wpływanie na całą rodzinę. Znaczy to, że usuwanie już zaistniałych czynników ryzyka tj. zmiana diety, rzucanie palenia, wprowadzanie ćwiczeń ruchowych itp., ma większe szanse powodzenia, jeśli obejmuje całą rodzinę i spotyka się ze wsparciem innych jej członków.

Rodziny osób po transplantacji serca są zobowiązane do reagowania wtedy, gdy pojawia się problem z paleniem czy niewłaściwą dietą (także nadużywanie alkoholu). Najczęściej jest to sygnał nie radzenia sobie z trudną psychologicznie sytuacją stałego poczucia podlegania kontroli ze strony innych i przez siebie samego. Rodzina występować tu powinna nie tylko jako nieustanny promotor zdrowego stylu życia, lecz raczej jako źródło emocjonalnego wsparcia w kryzysowej sytuacji.

Rodziny pacjentów z przeszczepionym sercem, z którymi spotykam się w swojej pracy psychologicznej, najczęściej rozumieją i akceptują zasady leczenia. Efektywnie radzą sobie z napięciami wynikającymi ze specyficznej sytuacji psychologicznej chorego po przeszczepie.

Zdarza się jednak, że wymagają wsparcia i porady w różnych zakresach np. usprawnienia komunikacji, odreagowania napięć czy lepszego rozumienia zasad i celów stosowanego leczenia i rehabilitacji. W tej sytuacji psychologiczna opieka nad pacjentem i jego rodziną dopełnia w znaczący sposób wszelkie leczenie stosowane wobec pacjenta.

Agnieszka Hojda

Impresje z Krakowskiego Jubileuszu (wrzesień 1998)

Wielkie Medyczne Jubileusze toczą się zazwyczaj w gronie wtajemniczonych lekarzy i naukowców. A przecież powinny być one także, a może przede wszystkim świętem Ludzi, którzy zawierzili Swój los personelowi medycznemu.

I tak się stało na zjeździe w Krakowie, gdzie jednocześnie odbywały się spotkania chorych oczekujących i po transplantacji serca, ich bliskich oraz zespołu transplantacyjnego: lekarzy, psychologów i średniego personelu medycznego kardiologii. Wszyscy razem spotkali się na mszy w Uniwersyteckim Kościele Świętej Anny koncelebrowanej przez kardynała Franciszka Macharskiego., na zebraniach naukowych, Sportowej Olimpiadzie, w Starym Teatrze, na Wawelu a także na bankietach. Obie grupy łączyła przyjaźń i radość ze wspólnego święta.

Dla nas transplantologów z innych miast naszego kraju było to zupełnie nowe doświadczenie. Większość nieznanych nam twarzy — to byli pacjenci i ich rodziny, te znane to transplantolodzy Kardiologii Krakowskiej.

Wszyscy, także i my zaproszeni przez Pana Prof. A. Działkowiaka i Jego Zespół czuliśmy tę wspólną atmosferę krakowskiego święta.

Danuta Rowińska

Międzynarodowa spartakiada dla osób po przeszczepach narządów

5-15.08.1998. Sarospatak (Węgry) - Cluj-Napoca (Rumunia)

Po udanych występach w 1994 r. na zawodach w Harkany [Węgry] i w 1996 r. w Tiszaujvaros (Węgry), w tym roku organizatorzy (Hungarian Transplant Cultural and Sport Club oraz Trans-Club Romanian Transplant Sport Association) ponownie zaprosili do udziału w sportowych zmaganiach zawodników z Polski. Międzynarodowa spartakiada dla osób po przeszczepieniu narządów, wraz z towarzyszącymi imprezami, wycieczkami etc, zorganizowana została na terenie Węgier i Rumunii. Na program sportowy składały się następujące dyscypliny: pływanie, biegi, tenis, tenis stołowy, badminton, kręgle, szachy. Każdy z uczestników mógł startować w dowolnej liczbie konkurencji.

Polskę reprezentowało 4 zawodników: Mirosław Brytan — lat 20 po przeszczepieniu serca wykonanym w Krakowie w ubiegłym roku, Andrzej Domalewski — lat 33, po przeszczepieniu nerki pobranej od brata w Warszawie w 1996 roku; Tadeusz Gładoch lat 40 po przeszczepieniu nerki ze zwłok w 1997 roku w Warszawie oraz Robert Mielczarek lat 28 po przeszczepieniu serca w Krakowie w 1993. Sportowcom towarzyszył dr Piotr Suszczewicz z poznańskiego Zespołu Transplantacji Nerki. Występy sportowe zawodników z Polski przyniosły łącznie 9 medali, w tym kilka złotych.

Andrzej Domalewski tak opisał swoje wrażenia:

„... Impreza, w której brałem udział przekonała mnie, że ludzie chorzy też mogą normalnie żyć; uprawiać sport, wyjeżdżać, nawiązywać znajomości i zdobywać medale, o czym zawsze marzyłem, mając duszę sportowca, choć na przegranej w moim mniemaniu pozycji. Nigdy nie spodziewałem się, że dostąpię zaszczytu uczestnictwa w międzynarodowym spotkaniu ludzi sportu, którzy, podobnie jak ja są po przeszczepie.

Brałem udział we wszystkich zawodach organizowanych na spartakiadzie, począwszy od kręgli, przez lekkoatletykę, a kończąc na tenisie stołowym, zdobywając dwa medale dla naszej reprezentacji. Przez cały czas dopisywały nam humory i piękna pogoda, która sprzyjała licznym wycieczkom towarzyszącym imprezie sportowej. Nigdy nie brałem udziału w podobnym widowisku sportowym i trudno jest mi opisać, czy tak miało wyglądać, jednak czas, który spędziłem jest dla mnie niezapomnianą przygodą i wspaniałym przeżyciem Myślę, że takie imprezy dodają wiary wszystkim chorym i pomagają normalnie funkcjonować i żyć. Dzięki temu nie czuję się gorszy od innych, jestem tak samo zdrowy i pełen życia, jak każdy inny człowiek.

Pragnę również podziękować mojemu rodzonemu bratu Mariuszowi, z którym jestem, cały czas, mając jego nerkę. '

Jarosław Czerwiński

Apel Kardiologów z CZD w Międzylesiu

Pobrania wielonarządowe - niewykorzystane źródło pozyskiwania allogenicznego przeszczepów zastawek serca (homograftów)

Na terenie kraju działają trzy pracownie zajmujące się pobieraniem i opracowywaniem allogenicznego [homogennych] zastawek serca [homograftów]. Są to:

- Pracownia Zastawek Kliniki Chirurgii Serca i Naczyń Instytutu Kardiologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.
- Pracownia Biologicznej Zastawki Serca Instytutu Protez Serca w Zabrze.
- Pracownia Homogennych Zastawek Serca Kliniki Kardiologii Instytutu — Pomnika Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie.

Zapotrzebowanie na przygotowywane zastawki może obrazować fakt, że tylko w Klinice Kardiologii IP CZD w tej chwili oczekuje na implantację homogennej zastawki 41 pacjentów, a okres oczekiwania na właściwą zastawkę wynosi w kilku przypadkach powyżej 2 lat. Bank Homogennych Zastawek Serca IP CZD poza zaspakajaniem potrzeb własnego ośrodka (50%) zaopatruje w zastawki 10 innych ośrodków kardiologicznych - dziecięcych jak i dorosłych.

Analizując dane Centralnego Biura Koordynacyjnego — Poltransplant w Warszawie przygotowano następujące zestawienia:

	1997	1998 (do września)
Pobrania wielonarządowe:	258	189
W tym pobrań serc do przeszczepu:	116	84
Pobrania serc celem przygotowania homogennych zastawek serca (homograftów):	33	30

Z przedstawionych danych wynika, że nie pobrano w roku 1997 109 serc, a w roku bieżącym 75 serc, co w sumie mogło dać ponad 360 zastawek.

Zwracamy się do Kolegów koordynujących pobrania, by w przypadku odstąpienia od pobrania serca do przeszczepu zgłaszali je do nas celem przygotowania przeszczepu zastawek.

Kierownik Kliniki Kardiologii
IP Centrum Zdrowia Dziecka
Doc dr hab. med. Bohdan Maruszewski

Kierownik Pracowni
Homogennych Zastawek Serca
Mgr Maciej Fedorowicz

Cenny dar

Firma Novartis Poland S. A. przekazała nieodpłatnie 5 osobowych mini wanów marki Ford Galaxy dla potrzeb Ośrodków Transplantacyjnych w Gdańsku, Katowicach, Poznaniu, Wrocławiu i Szczecinie. Samochody te przeznaczone są do przewozu ekip wyjeżdżających do pobrania narządów. Ułatwi to znacznie



transport ekip i uniezależni je od transportu sanitarnego przeciążonego innymi zadaniami. Przekazanie samochodów użytkownikom przez przedstawiciela firmy Novartis dr Marka Rzewuskiego odbyło się osobno w każdym z obdarowanych Ośrodkach Transplantacyjnych

w obecności lokalnych władz Służby Zdrowia, przedstawiciela Poltransplantu Warszawa i Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego. *Na zdjęciach przekazanie samochodów w Gdańsku i Wrocławiu.*

*Serdeczne Życzenia z okazji
Świąt Bożego Narodzenia i Nowego 1999 roku
składa
zespół Poltransplantu
Warszawa*

